

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Par H. DIGUET

Né à Paris le 15 juillet 1896.
Chevalier de la Légion d'honneur.

HERNIE MÉNINGÉE

MÉNINGITE SÉREUSE CIRCONSCRITE

EXTRA-CRANIEUNE

Président : M. CLAUDE, professeur.



A. MALOINE ET FILS, ÉDITEURS

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

PARIS 1922

92 FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. ROGER
Assesseur	G. POUCHET
Professeurs	
	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BESANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et thérapeutique générales	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale	LECENE
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
	MARFAN
	NOBECOURT
Hygiène et clinique de la première enfance	DUPRÉ
Clinique des maladies des enfants	JEANSELME
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	PIERRE MARIE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	TESSIER
Clinique des maladies du système nerveux	DELBET
Clinique des maladies contagieuses	GOSSET
Clinique chirurgicale	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LA PERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR
	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	SEBILEAU

Agrégés en exercice.

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGRAVE	FIESSINGER	LELORIER	RETTERRER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIÈRE	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LEVI-SOLAL	SCHWARIZ(A
CHAMPY	GUILLEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBÉ (HENRI)	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVAS-	OKINCZYC	
	TINE		
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES SŒURS

A MA FAMILLE

MEIS ET AMICIS

77472

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

ET DES HÔPITAUX DE RENNES

M. le Professeur DAYOT

Professeur de Clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu.

M. le Professeur LE DAMANY

Professeur de Clinique médicale à l'Hôtel-Dieu.

M. le Professeur MARQUIS

Professeur de Pathologie chirurgicale à l'École de Médecine.

M. le Professeur BODIN

Professeur de Bactériologie à l'École de Médecine.

M. le D^r SIZARET

Médecin-Chef de l'Asile public de Rennes.

M. le D^r LEGAL LA SALLE

Chef de Clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu.

M. le D^r BRAULT

Chef de Clinique à la Maternité de l'Hôtel-Dieu.

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HÔPITAUX DE PARIS

M. le Professeur GILBERT

Professeur de Clinique médicale à l'Hôtel-Dieu.

M. le Professeur HARTMANN

Professeur de Clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu.

M. le Professeur LEJARS

Professeur de Clinique chirurgicale à l'Hôpital Saint-Antoine.

M. le Professeur agrégé ABRAMI

Professeur de Pathologie médicale à la Faculté de Médecine.

M. le Professeur agrégé LECÈNE

Professeur de Pathologie chirurgicale à la Faculté de Médecine.

M. le Professeur COUVELAIRE

Professeur de Clinique obstétricale à la Maternité Baudelocque.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur CLAUDE

Officier de la Légion d'honneur.

*J'adresse avec l'hommage de mes sentiments
respectueux, mes remerciements pour l'hon-
neur qu'il m'a fait en acceptant la prési-
dence de cette thèse.*

Avant de commencer ce modeste travail, nous sommes heureux d'adresser nos plus vifs remerciements à tous nos Maîtres qui nous ont initié à la pratique médicale et ont bien voulu nous prodiguer les richesses de leur enseignement ; nous n'oublierons jamais ceux à qui nous devons notre éducation professionnelle.

Que M. le D^r Quercy, qui nous a inspiré le sujet de cette étude et dont la bienveillance est acquise à ceux qui l'entourent, trouve ici l'expression de notre vive reconnaissance. L'année d'Internat passée dans son service fut pour nous très fructueuse et pleine d'intérêt.

HERNIE MÉNINGÉE

INTRODUCTION

Nous nous proposons d'isoler sous cette dénomination l'histoire clinique d'une tumeur exo-cranienne qui se développe après certaines trépanations constituant une complication curieuse des traumatismes cranio-cérébraux.

Cette variété de méningite séreuse vient encore grossir le nombre des méningopathies dont le cadre paraît s'élargir depuis plusieurs années. Elle vient se placer à côté des méningites séreuses, circonscrite de la corticalité cérébrale (1) et des tumeurs du cerveau.

Toutefois l'intérêt de son étude réside en ce que son histoire clinique et sa symptomatologie diffèrent de celles des précédentes en raison même de son évolution exo-cranienne et d'autre part en ce que l'intervention, faite dans des conditions d'opportunité, comporte un pronostic relativement favorable.

1. Raymond et Claude. La méningite séreuse circonscrite de la corticalité cérébrale. *Semaine médicale*, 1909.

HISTORIQUE

La connaissance des méningites circonscrites est de date relativement récente. Les premiers travaux parus sur ce sujet sont ceux de Quincke et Bonninghaus.

En France ce furent Raymond et Claude qui par un article très documenté paru en 1909 attirèrent l'attention sur cette affection et le cas qu'ils présentèrent peut être regardé comme la première observation anatomo-clinique complète de la maladie qui nous occupe. Deux ans plus tard, M. Claude publiait un nouveau cas de méningite enkystée et le faisait suivre d'une étude clinique très détaillée. En 1912, Wendel était chargé d'un rapport sur ce sujet, au congrès de la société allemande de chirurgie et la lecture de son rapport soulevait une discussion fort intéressante. En 1913 M. Bachelier consacrait sa thèse à l'étude de cette méningite séreuse et enrichissait de plusieurs observations nos connaissances sur ce sujet.

L'étude de ces différents travaux nous apprend que ces méningites sont souvent séreuses. Le liquide céphalo-rachidien exsudé est quelquefois un peu louche, il n'est jamais franchement purulent. De même il peut contenir quelques globules sanguins sans toutefois être vraiment hémorragique.

L'origine de ces néoformations paraît très variable suivant les cas. Les maladies infectieuses peuvent jouer un rôle étiologique, mais c'est à la syphilis et à la tuberculose qu'il convient de réserver le rôle le plus important dans la genèse de ces méningites.

En ce qui concerne la syphilis, il faut savoir que cette méningite est particulièrement rebelle au traitement, analogue en cela à la paralysie générale (1) dont par ailleurs elle peut avoir l'allure clinique.

Une des causes les plus importantes est certainement le traumatisme. Les chutes sur la tête, les plaies contuses, les blessures par projectiles peuvent être l'origine de méningites séreuses localisées. Ces affections qui parfois surviennent assez longtemps après un traumatisme doivent être prises en considération lorsqu'on est en présence d'un blessé atteint de phénomènes d'hypertension ou d'irritation corticale.

Le guerre de 1914-1918 est venue multiplier les causes de cette affection et les observations que nous allons présenter vont relater l'histoire de trois blessés au cours de cette guerre.

1. Quercy, Roger et Diguët. Sur le traitement spécifique de la paralysie générale. *Annales médico-psychol.*, mars 1922, p. 339.

OBSERVATION 1 (Descomps, Merle, Quercy).

Le soldat Bo..., âgé de 21 ans, est atteint par un éclat d'obus dans la région occipitale. Immédiatement recueilli, il est transporté dans une ambulance et subit une intervention chirurgicale le jour même de sa blessure. La trépanation permet d'extraire plusieurs petites esquilles osseuses implantées dans la substance cérébrale et de retirer un petit éclat d'obus situé au fond d'un foyer d'attrition cérébrale. Les suites opératoires ne présentent rien d'anormal et paraissent même particulièrement bénignes si on les rapproche des réactions habituelles à ces sortes d'intervention.

Pendant vingt jours la température du blessé oscille entre 36°6 et 37°8.

Au dixième jour de l'opération, on voit apparaître une petite tumeur par la brèche laissée ouverte après l'intervention.

Nous avons vu le blessé trois mois et demi et neuf mois après sa blessure, et le résultat du deuxième examen a été identique à celui du premier.

Immédiatement au-dessus de la protubérance occipitale externe, sur la ligne médiane existe une tuméfaction de la grosseur d'une mandarine, arrondie, régulière, animée de battements, souple, aisément dépressible et réductible. La réduction n'est cependant pas entièrement possible, la résistance de la tumeur augmente à mesure que son volume diminue et que

le blessé se plaint de douleurs frontales, aucun malaise ne survient; il n'existe pas de troubles visuels ni de modification du pouls.

La radiographie révèle un orifice de trépanation occipitale gauche para-médiane, son principal diamètre vertical mesure 4 cm. 1/2.

Les lésions cérébrales sous-jacentes ont déterminé une hémianopsie absolue nettement limitée au champ droit de l'espace et une légère diminution de la force du membre supérieur droit.

Il n'existe pas de phénomènes cérébelleux ni vestibulaires, le blessé ne présente ni signe d'étourdissement ni vertiges.

De légers troubles subjectifs se sont manifestés par de la céphalée assez fréquente mais de faible intensité.

L'acuité visuelle est égale à 1 dans le champ conservé.

Le fond de l'œil est normal.

La ponction lombaire nous permet de recueillir un liquide céphalo-rachidien normal. L'examen microscopique ne révèle ni lymphocytose, ni hyperalbuminose.

La ponction de la tumeur donne également un liquide céphalo-rachidien normal.

Au bout de dix mois, le malade est resté dans le même état, aucune modification spontanée ne s'est produite.

OBSERVATION II (Descomps, Quercy et Merle).

B., âgé de 20 ans, reçoit un éclat d'obus dans la région occipitale médiane, l'intervention a lieu le jour même de la blessure, aucun renseignement ne nous a été fourni sur l'opé-

ration elle-même. Pendant deux jours la température oscille entre 39° et 40°, par ailleurs les suites opératoires sont simples. Nous voyons le blessé trois mois après la blessure.

Immédiatement au-dessus de la protubérance occipitale externe, sur la ligne médiane, existe une tuméfaction de la grosseur d'une mandarine, arrondie, régulière, animée de battements, souple, aisément dépressible. Sa réduction est presque entièrement possible, mais la résistance de la tumeur augmente à mesure que la réduction progresse, et le blessé se plaint de douleurs frontales. Aucun trouble visuel, aucune modification du pouls n'apparaissent. Aussitôt libre, la tumeur se reforme en une fraction de seconde.

La radiographie révèle un orifice de trépanation occipitale droite para-médiane, dont le principal diamètre vertical mesure 4 centimètres, il ne reste aucun éclat métallique.

Les lésions cérébrales sous-jacentes ont déterminé une hémianopsie complète pour le champ gauche de l'espace.

Il n'y a ni hémiplégie, ni hémiparésie, ni phénomènes cérébelleux ou vestibulaires.

Les troubles subjectifs sont insignifiants. Le blessé ne se livre à aucune plainte spontanée et son activité physique est absolument normale.

L'acuité visuelle est égale à 1. Le fond d'œil est normal. La ponction lombaire donne un liquide céphalo-rachidien légèrement rosé chargé d'hématies non hémolysées, de leucocytes normaux et surtout de corps granuleux typiques.

Une heure environ après la ponction, le blessé nous réclame et nous fait constater que sa tumeur occipitale a complètement disparu. On aperçoit à sa place une dépression étroite à grand axe vertical, situé immédiatement au-dessus de la protubérance

occipitale externe et dont le fond dépressible est animé de battements. Le blessé « se déclare guéri ».

Une deuxième ponction lombaire est pratiquée huit jours après la subite disparition de la tumeur et ramène un liquide non hypertendu, légèrement jaunâtre et chargé de pigments.

Du huitième au dixième jour après la deuxième ponction lombaire, on assiste à la réapparition et disparition spontanée de la tumeur.

Au cours de cette brève récurrence, le blessé se plaint de légers maux de tête. Cet incident ne se renouvelle pas et un mois et demi après la disparition du kyste méningé, celui-ci n'a pas reparu ; le blessé ne se plaint que de légers troubles objectifs.

OBSERVATION III (QUÉRCY).

B... est âgé de 30 ans, c'est un homme paisible ne manifestant aucune activité physique ni psychique, indice d'un certain degré d'affaiblissement intellectuel. Il a été blessé, mais il est incapable de nous renseigner sur les circonstances et l'ancienneté de sa lésion, d'ailleurs il est généralement mal orienté dans le temps.

Au-dessus de la protubérance occipitale externe, se présente une hernie médiane, arrondie, régulière, pulsatile et impulsive à la toux, dépressible et particulièrement réductible.

Les lésions cérébrales à ce niveau ont déterminé des phénomènes de vertige et de latéropulsion droite

Le liquide céphalo-rachidien est normal, à la ponction lombaire et dans la tumeur

En prenant et malaxant la tumeur, on réussit à la faire

disparaître. Une ponction lombaire faite à ce moment nous permet de recueillir un liquide céphalo-rachidien légèrement rosé et chargé d'un assez grand nombre d'hématies.

Trois mois plus tard, il n'y a ni récurrence de la tumeur, ni complication. Les troubles mentaux persistent.

Nous voulons rapprocher de nos observations deux cas rapportés par le Dr Grasset dans les *Archives de médecine navale* de 1918. L'intérêt de ce rapprochement ne réside pas tant peut-être dans la similitude des lésions et de leur localisation que dans la méthode de traitement dont nous retenons surtout le « mode de compression élastique » continue et la cranioplastie ultérieure. Cette méthode et celle que nous avons pratiquée paraissent se compléter et il y aurait lieu peut-être de tenter un essai dans ce sens, si une nouvelle occasion se présentait.

OBSERVATION I. (Résumée.)

Le sous-lieutenant de l'armée serbe Mota... entre dans notre service, hôpital maritime temporaire, le 21 février 1917. Blessé le 9 novembre 1916 au front balkanique par éclat de grenade, il tombe et reste sans connaissance pendant plus de quatre heures.

Deux jours plus tard, il est opéré par un chirurgien anglais qui après trépanation de la région occipitale, enlève un éclat de grenade et des esquilles. A la suite de l'intervention, pendant trente jours, il se produit une élévation de température variant de 38 à 39°.

Immédiatement après la blessure, apparaissent des troubles

graves de la vision, le malade distingue à peine les objets, la vue s'améliore progressivement. L'intervention chirurgicale n'a pas eu d'action immédiate sur ces symptômes.

A son arrivée dans notre service, cet officier présente à la région occipitale, en dehors et à droite de la ligne médiane, une tuméfaction arrondie, globuleuse, régulièrement hémisphérique, du volume d'une mandarine, elle affleure une ligne réunissant la protubérance occipitale externe à l'arcade zygomatique. Le diamètre de cette tumeur est de 6 centimètres, sa hauteur atteint 4 cm. 5. Elle est recouverte en grande partie de tissu blanchâtre, cicatriciel. Rénitente et légèrement dépressible, elle présente des pulsations synchrones au pouls sous une pression modérée, si l'on appuie plus fort il se produit une douleur assez vive que le malade localise dans l'œil droit. Le blessé a le sentiment à cet instant que sa vision s'obscurcit.

L'état général du blessé est peu satisfaisant, tous les soirs il y a élévation de la température : 38°, 38°2. Le sommeil est irrégulier, entrecoupé de cauchemars. Le malade n'a pas d'appétit, il parle peu et semble se désintéresser de tout ce qui l'entoure, on le croirait atteint de délire mélancolique.

L'examen de l'appareil visuel peut se résumer ainsi : hémianopsie gauche homonyme par lésion du centre visuel droit. Réflexes normaux. Fond d'œil normal.

Une intervention est pratiquée sous anesthésie chloroformique ; on excise le tissu cicatriciel recouvrant en grande partie la hernie. On dissèque deux lambeaux, un droit et un gauche, permettant de découvrir entièrement la hernie.

Les adhérences avec le périoste et l'occipital sont rompues ; la tumeur est entièrement libérée de toute adhérence avec le crâne et les tissus voisins.

Trois lignes de pointes de feu, profondes de 2 à 3 centimètres sont appliquées sur la tumeur, parfois le ventricule latéral est atteint comme en témoigne l'écoulement de quelques gouttes de liquide céphalo-rachidien. Un pansement compressif est appliqué au niveau de la blessure.

Il n'y a pas de vomissement post-opératoire, pas de réactions cérébrales.

Au bout du troisième jour, la céphalée a sensiblement diminué. La hernie est réduite, l'opéré éprouve une sensation de bien-être ; à ce moment on fait une nouvelle application de pointes de feu.

La convalescence se poursuit normalement. La température ne dépasse pas 36°4. La cicatrisation de la plaie s'effectue régulièrement.

Puis brusquement, un mois environ après l'intervention, le blessé est pris d'un violent frisson et d'une céphalée intense. On intervient de nouveau en ponctionnant le ventricule latéral, on retire ainsi un liquide légèrement rosé et présentant des polynucléaires, sans toutefois y déceler le microbe de suppuration.

La hernie se réduit, on la maintient toujours à l'aide d'un pansement compressif. Le malade ne tarde pas à sentir le mieux se produire, la céphalée disparaît, la température tombe et le blessé semble définitivement guéri.

On intervient alors pour opérer une cranioplastie au moyen de cartilages pris à la 7^e et 8^e côte. Quelques mois plus tard le blessé sortait de l'hôpital complètement guéri et bientôt nous recevions de ses nouvelles du front de Monastir, où il avait repris son service.

OBSERVATION II. (*Résumée.*)

D. L... est blessé le 13 mars 1917 près de Monastir, par éclat d'obus dans la région occipitale droite. On lui applique immédiatement un pansement individuel, et une heure plus tard il est pansé de nouveau à l'ambulance et hospitalisé le même jour. On constate alors :

1° Une plaie pénétrante du crâne dans la région occipitale droite, sans issue de matière cérébrale.

2° Une plaie pénétrante du bras droit.

3° Une plaie superficielle de la région dorsale.

Le blessé présente en outre une hémiplegie gauche.

Le 27 mars, sous anesthésie chloroformique, on pratique une craniectomie. L'incision de la dure-mère donne issue à des caillots de sang et de bouillie cérébrale. A la suite de cette opération la paralysie du côté gauche s'améliore rapidement.

Le 27 avril, il y a apparition de phénomènes méningés qui s'aggravent pour durer, par périodes alternées, pendant un mois. Depuis cette époque une amélioration marquée de l'état général se produit, l'obnubilation est très diminuée.

Depuis le début de mai, une volumineuse tumeur vient faire hernie à travers la brèche osseuse.

Le blessé est d'abord évacué sur Salonique, puis sur notre service où il arrive le 20 juin.

A son entrée, on constate une hernie, du volume d'une mandarine, située à droite de la ligne médiane, au-dessous de la protubérance occipitale externe. Cette hernie est en partie recouverte de tissu cicatriciel et présente trois orifices fistuleux.

Il n'existe pas de douleur spontanée ni provoquée. Le blessé est dans un état d'obnubilation assez marquée et un sentiment de tristesse se lit sur sa physionomie. Le sommeil est assez irrégulier. L'examen radioscopique ne montre pas la présence de corps étranger intra-cranien.

Le 17 juillet, sous anesthésie, la hernie est disséquée et libérée de ses adhérences périostiques, on retire une esquille très petite et on cauthérise. Un pansement compressif est ensuite appliqué et renouvelé tous les jours.

Le 25 juillet, la hernie est entièrement réduite.

Le 6 août, on pratique une cranioplastie. L'orifice cranien est relativement considérable et s'étend en arrière à 1/2 centimètre du trou occipital.

Des fragments de cartilages prélevés sur les cartilages costaux sont insinués par leurs bords entre la dure-mère et la table interne. Ils sont assez longs pour maintenir la hernie à la façon d'un plancher ou d'un couvercle.

Une deuxième couche de cartilage est appliquée par petits morceaux pour arriver au niveau de la surface externe de l'occipital.

Les suites de l'opération sont normales. Le lendemain de l'intervention tout vertige a disparu.

Au bout de quelques jours trois petits morceaux de cartilages sont éliminés. La cicatrisation s'est poursuivie régulièrement ensuite.

Le 1^{er} novembre, le blessé maintenu en observation à l'hôpital est en parfait état. La hernie est très bien contenue. Depuis l'intervention le vertige ne s'est plus montré. Pas le moindre symptôme fonctionnel ou subjectif n'est apparu.

CARACTÈRES ANATOMO-CLINIQUES

L'histoire de nos trois premiers blessés présente donc les particularités suivantes :

Trépanation occipitale, ouverture de la dure-mère et foyer d'attrition cérébrale, démontré par de l'hémi-anopsie droite dans le premier cas, et par des phénomènes cérébelleux et vestibulaires manifestés par des vertiges et de la latéropulsion droite.

L'intervention a lieu avec suture immédiate des plans superficiels. Il n'est resté ni esquille, ni éclat dans la profondeur. Les suites opératoires sont à peu près normales. La fièvre, insignifiante dans le premier cas, devient élevée dans le second mais transitoire, nous n'avons pu obtenir de renseignements à ce sujet pour la troisième observation.

Dans les dix jours qui suivent l'intervention, apparaît une tumeur superficielle. Cette tumeur est du volume d'une mandarine, elle est régulière, arrondie, faiblement tendue, fluctuante, aisément dépressible, presque entièrement réductible. Si on insiste pour la réduire complètement, on provoque une douleur frontale assez vive.

Le contenu de cette tumeur est liquide, on peut enfoncer l'aiguille à 4 centimètres sans rencontrer de

masse solide et surtout sans que l'écoulement du liquide s'interrompe.

Il eût été intéressant de mesurer la pression du liquide céphalo-rachidien, et du liquide de la tumeur avec le dynamomètre de Claude. La pression du liquide de la tumeur paraît faible et il faut recourir à l'aspiration. On est obligé de déplacer l'aiguille à chaque instant comme si on se trouvait dans une cavité cloisonnée.

Le liquide obtenu n'est pas tout à fait le même dans les trois cas.

Dans le premier, quatre mois après la blessure, on retire du liquide céphalo-rachidien normal, dans le second, un peu moins de trois mois après la blessure, on retire un liquide céphalo-rachidien chargé de nombreux corps granuleux et légèrement sanglant. Dans le troisième cas, cinq mois environ après la blessure, à la suite de la disparition de la tumeur par malaxation, le liquide céphalo-rachidien se teinte légèrement et se trouve chargé de nombreuses hématies.

La ponction lombaire dans les trois cas donne un liquide céphalorachidien qui ne paraît pas hypertendu. La pression énergique de la tumeur ne détermine pas de l'accélération de l'écoulement ; il n'existe ni lymphocytose ni hyperalbuminose, ni pigments.

Nous avons donc les formules suivantes :

1^{er} Cas

Liquide de la tumeur. . . . L. C. R. normal.

Liquide de la ponction lombaire. L. C. R. normal.

2^e Cas

—

Liquide de la tumeur. . . . L. C. R. + corps granuleux.

+ sang.

Liquide de la ponction lombaire. L. C. R. normal.

3^e Cas

—

Liquide de la tumeur. . . . L. C. R. normal.

Liquide de la ponction lombaire. L. C. R. normal.

Il n'existe pas le moindre symptôme d'hypertension intra-cranienne, on retrouve simplement sous une forme atténuée les troubles dont les petits trépanés sont coutumiers.

Dans le premier cas, dix mois après le traumatisme, la tumeur n'a pas changé, aucun de ses caractères ne s'est modifié.

Dans le deuxième cas, nous avons assisté aux incidents suivants :

Nous avons un jour soumis la tumeur à une malaxation assez énergique, autorisée par son indolence ; nous l'avons ponctionnée et nous en avons retiré environ 2 centimètres cubes de liquide. Cette ponction n'a pas sensiblement modifié son volume ni sa consistance. Or, une heure après la ponction, la tumeur s'était entièrement évanouie, laissant à la place de sa volumineuse masse fluctuante, une dépression fort nette entre deux berges osseuses. Extérieurement sur le cuir chevelu avoisinant, il n'y avait aucune exsudation, ni épanchement sous la peau du crâne.

Nous étions donc dans l'obligation d'admettre qu'après malaxation et ponction, ce kyste méningé avait eu ses adhérences rompues et s'était vidé dans la grande cavité sous-arachnoïdienne. Il était facile de s'en assurer en pratiquant une nouvelle ponction lombaire, nous obtinmes un liquide légèrement teinté et chargé de pigments sanguins et cette ponction lombaire faisait bien la preuve de l'évacuation du kyste méningé et de son contenu dans la grande cavité.

Le blessé est encore resté soumis à notre observation pendant plus de deux mois et à sa sortie de l'hôpital sa tumeur n'était pas reparue et restait toujours remplacée par une dépression, mais du quinzième au dix-septième jour après la disparition de la tumeur, la méningocèle reparaissait et disparaissait spontanément sans laisser de traces après cette fugitive récidive.

Il en est de même pour la 3^e observation : sous la pression des doigts, la hernie s'est affaissée, vidant son liquide dans la grande cavité sous-arachnoïdienne.

Aucun phénomène inflammatoire n'a suivi cet événement. Cependant à la ponction lombaire, le retrait d'un liquide céphalorachidien légèrement rosé montrait que de petites lésions vasculaires s'étaient produites au moment de la rupture des adhérences.

Nous avons pu suivre ce blessé pendant trois mois et nous affirmons qu'à aucun moment de cette période la hernie méningée ne s'est reproduite.

PATHOGENIE

Nous pensons que dans ces trois observations, il s'agit de méningite séreuse circonscrite extra-cranienne.

A la suite d'une trépanation septique avec ouverture de la dure-mère et attrition de l'écorce, il s'est formé un foyer inflammatoire sousarachnoïdien rapidement limité par des adhérences : une méningite enkystée.

Les phénomènes inflammatoires ont été discrets et transitoires et cette méningite enkystée s'est trouvée être une méningite séreuse. Limitée d'un côté par le cerveau et de l'autre par les téguments, elle s'est librement développée sous ces derniers, aboutissant à la formation d'une tumeur sous-cutanée fluctuante et battante. Quant au cerveau, refoulé comme les téguments et en sens contraire, il n'avait aucune raison de faire hernie et il est resté intra-cranien. Est-il effectivement refoulé, déprimé comme il arrive lors des méningites séreuses enfermées sous le crâne intact ? nous l'ignorons, tout ce que nous pouvons dire c'est que, à 4 centimètres de profondeur, l'aiguille n'atteint pas la surface cérébrale.

La structure de la poche répond vraisemblablement à celle d'une cavité plus ou moins cloisonnée, constituée par des espaces arachnoïdiens dilatés, limités par des adhérences conjonctives plus ou moins organisées, par-

courues par quelques vaisseaux, comprise enfin entre une cicatrice dure-mérienne fibreuse, imperméable et un plancher de tissu cérébral atteint d'encéphalite.

Le liquide, peut-être légèrement purulent au début, peut-être séro-hématique par la suite, n'est bientôt plus chargé que de corps granuleux et finit par devenir du liquide céphalo-rachidien normal.

Ainsi constitué, le kyste méningé ne communique pas avec la grande cavité sousarachnoïdienne et le liquide céphalorachidien recueilli par ponction lombaire reste normal, quel que soit l'état du liquide contenu dans la tumeur. On sait d'ailleurs que les méningites séreuses circonscrites sont limitées par des adhérences solides.

Nous demanderons-nous pourquoi nos trois uniques observations de méningites séreuses extra-craniennes siègent précisément dans la région occipitale paramédiane au-dessus de la protubérance occipitale externe? Nous ne savons pas si l'examen anatomique de cette zone (faux du cerveau, sinus longitudinal supérieur, pressoir de Hérophile, granulations de Pachioni), permettrait de voir en ce point un siège d'élection pour un pareil accident. Faut-il d'autre part faire intervenir la notion de décubitus dorsal ou dorso-latéral? Ce sont là pures hypothèses.

SYMPTOMATOLOGIE

Au point de vue clinique, la présence d'une méningite séreuse circonscrite extra-cranienne ne se révèle que par la constatation d'une tumeur. Dans nos cas cette tumeur siège dans la région occipitale médiane, immédiatement au-dessus de la protubérance occipitale externe, son volume est celui d'une mandarine, elle est arrondie et assez nettement limitée, la peau qui la recouvre porte la cicatrice du traumatisme. Toute la masse est animée de battements visibles et d'impulsion à la toux.

A la palpation on découvre qu'il s'agit d'une masse fluctuante et particulièrement réductible ou plutôt dépressible vers la profondeur, à travers l'orifice de trépanation. Une pression modérée permet de réduire la moitié de son volume, mais à mesure que la pression augmente, la tension de la masse liquide augmente à son tour, des douleurs surviennent, occipitales et frontales et il devient impossible d'achever la réduction. Ces tentatives ne déterminent aucun malaise, aucune modification du pouls, aucun trouble sensoriel.

La radiographie ne montre pas autre chose qu'un orifice de trépanation régulier.

A la ponction de la hernie, on obtient un liquide sé-

reux qui s'écoule sous faible tension. L'écoulement s'arrête souvent et on est obligé de déplacer l'aiguille à chaque instant. A une profondeur de 4 centimètres, on est encore dans la masse liquide, on n'a pas encore rencontré le cerveau.

Le liquide séreux recueilli est du liquide céphalorachidien normal dans le premier cas, chargé de corps granuleux dans le second cas et chargé d'hématies dans le troisième cas. Il peut arriver que l'aiguille perce un vaisseau et détermine l'écoulement d'un liquide plus ou moins sanglant.

La ponction lombaire donne un liquide céphalo-rachidien normal, qui ne paraît pas hypertendu. Si, pendant que l'aiguille lombaire est en place, on comprime énergiquement la tumeur, on ne constate aucune modification dans la vitesse de l'écoulement. Nous ne pouvons malheureusement donner aucun chiffre précis concernant la pression dans la tumeur et dans la grande cavité sousarachnoïdienne.

Signes associés. — Ce sont les signes subjectifs et objectifs que l'on retrouve habituellement chez les trépanés de guerre.

Chez nos blessés les signes subjectifs étaient légers, presque insignifiants et les signes objectifs essentiels étaient de l'hémianopsie gauche dans le premier cas, droite dans le second, et des phénomènes de vertige et de latéropulsion droite dans le troisième cas.

Signes négatifs. — Cette méningite séreuse ne s'est pas développée sous le crâne, mais sous la peau, elle ne s'est pas développée sous une paroi inextensible,

mais sous une paroi souple. Elle présente dès lors une histoire clinique très différente de celle des méningites séreuses qui ont fait l'objet des premières recherches allemandes, des recherches du professeur Claude et des publications qui les ont suivies.

Tandis que les méningites séreuses développées sous le crâne ont l'histoire clinique des tumeurs cérébrales et se révèlent par le syndrome de l'hypertension intracranienne, nos méningites séreuses, développées à travers un orifice de trépanation, sous-cutanées extracranienues, ne déterminent aucune compression cérébrale, aucun trouble de la circulation intracranienne, aucune hypertension ; elles sont silencieuses et seraient latentes si elles ne s'imposaient pas à la vue et au palper.

EVOLUTION ET PRONOSTIC

Quels sont l'évolution et le pronostic de ces méningocèles ? Nous ne croyons pas qu'il y ait lieu de craindre l'hypertension ; chez notre premier blessé le volume de la tumeur n'a pas sensiblement varié en dix mois et les légers troubles subjectifs dont il ne se plaint pas n'ont aucune tendance à augmenter. Par contre, rien ne nous garantit que l'infection initiale ne se réveillera pas et que nous n'avons pas à redouter, pour nos blessés comme pour tous les trépanés, l'éventualité d'un abcès cérébral ou d'une méningite, que des adhérences ne limiteraient plus. Le pronostic reste donc réservé.

Peut-il au contraire y avoir résorption spontanée ? Dans notre premier cas, après dix mois, la tumeur ne s'est en rien modifiée et dans les 2^e et 3^e observations, c'est notre intervention qui a provoqué sa disparition. Ces faits plaident donc en faveur d'une persistance indéfinie du kyste méningé. Mais cette évolution peut être interrompue par l'incident que nous avons décrit à propos de notre deuxième malade : ponction et malaxation de la tumeur, évacuation de celle-ci dans la grande cavité sous-arachnoïdienne, récidive partielle, fugitive, guérison persistant après deux mois.

TRAITEMENT

Quel est le traitement de tels accidents ? On a proposé plusieurs interventions aux méningites :

1° L'effondrement des adhérences et le nettoyage du foyer ou méthode de Wendel a ses cas heureux, mais nous ferait craindre précisément ce qu'il s'agit d'éviter : le réveil et la généralisation de l'infection.

2° Le procédé de la cicatrice filtrante par trépanation et ouverture de la dure-mère, avec ou sans suture de celle-ci, n'est-il pas précisément réalisé par le traumatisme ? et cette sorte d'intervention ayant abouti à la méningite séreuse que nous cherchons ici à guérir, est-il bien logique de refaire ce que l'éclat d'obus avait fait et de perforer à nouveau la dure-mère ?

Ce ne serait peut-être pas inutile, car cette intervention substituerait à la cicatrice traumatique et pathologique, une cicatrice opératoire plus apte peut-être à remplir le rôle qu'on attend d'elle.

3° Quant au dernier procédé connu de nous, le drainage sous-cutané, il ne serait à envisager qu'en présence d'accidents de compression, qui ne nous paraissent pas à craindre.

Au total nous n'osons pas faire courir à nos malades les risques du procédé de Wendel et nous ne croyons

pas que les autres procédés suppriment le foyer d'encéphalite et de méningite. Dans ces conditions il ne resterait qu'à s'abstenir de toute intervention et à protéger la tumeur sous un appareil *ad hoc*. Devant la moindre menace de complications, une ponction locale permettrait de constater aussitôt une réinfection, une tension excessive et on ne se déciderait que la main forcée à une des interventions ci-dessus.

Nos deux derniers malades nous ont brusquement montré que dans leur cas, une guérison au moins partielle pouvait être obtenue à peu de frais. Nous leur avons fait subir un Wendel sans le vouloir. En malaxant la tumeur, en la ponctionnant, nous avons réalisé son effondrement. La rupture des adhérences qui la séparaient de la cavité sousarachnoïdienne et qui séparaient son contenu du liquide céphalo-rachidien normal s'est produite.

Aucun trouble, aucune sensation anormale n'a signalé cet événement et c'est en passant la main derrière la tête que le blessé, ne retrouvant pas sa tumeur familière, nous a fait appeler. La simple compression de la tumeur, le simple passage d'une aiguille dans le kyste permettent donc d'obtenir son effondrement et sa disparition.

Il serait cependant imprudent de voir dans ce simple procédé une technique bien sûre. D'abord il n'est sans doute pas appelé à toujours aboutir à l'évacuation du kyste méningé dans la grande cavité sous-arachnoïdienne.

Ensuite et surtout, ce traumatisme, cette rupture d'adhé-

rences est peut-être de nature à éveiller un processus inflammatoire éteint et à substituer une méningite aiguë généralisée à une méningite séreuse enkystée. Enfin, dernière réserve, rien ne nous prouve que nos blessés soient bien guéris. Nous avons perdu de vue nos deux malades, deux mois après la disparition de leur tumeur, mais il se peut que le travail inflammatoire ait repris, que les adhérences se soient reformées et que le kyste détruit se soit reconstitué.

. Cela est si vrai que nous avons vu notre deuxième blessé présenter du quinzième au dix-septième jour de « sa guérison », une récurrence partielle et brève.

Tout s'est passé alors comme s'il y avait une hyper-sécrétion temporaire du liquide au niveau du foyer et insuffisance des voies d'évacuation, à travers des adhérences partiellement rompues ou partiellement reconstituées.

Nous avons pensé que la compression lente et continue du procédé de Grasset suivie de la cranioplastie dans un délai variable, viendrait peut-être compléter heureusement la technique que nous avons suivie et empêcher les récurrences.

CONCLUSIONS

En résumé nous avons observé trois cas de trépanation haute et paramédiane, avec ouverture de la dure-mère.

Cette histoire clinique présentait un détail remarquable : l'apparition rapide d'une tumeur à travers l'orifice de trépanation.

Cette tumeur fluctuante et battante du volume d'une mandarine était occupée par un liquide séreux et non par de la substance cérébrale.

Ce liquide est du liquide céphalo-rachidien normal dans un cas, chargé de corps granuleux et d'hématies dans les deux autres cas.

La tumeur, ainsi constituée, ne communique pas avec la grande cavité sous-arachnoïdienne, elle en est séparée par des adhérences et la preuve de cet isolement est faite par les différences de composition, qui distinguent le liquide recueilli par ponction de la tumeur, du liquide obtenu par ponction lombaire.

Il s'agit donc d'un kyste méningé, d'une méningite séreuse localisée. En raison de la présence de l'orifice de trépanation, ce kyste méningé, cette méningite séreuse locale s'est développée à l'extérieur : hernie

méningée, méningocèle enkystée, méningite séreuse circonscrite extra-cranienne.

Aucun signe d'hypertension n'a jamais marqué son histoire.

Dans les deux dernières observations, la compression et la ponction de la tumeur ont déterminé son évacuation dans la grande cavité sous-arachnoïdienne et le mélange de son contenu pathologique avec le liquide céphalo-rachidien normal. Il ne s'en est suivi aucun trouble morbide et la guérison persiste après plusieurs mois.

Il nous a paru légitime d'isoler cette complication de trépanation, de l'opposer aux hernies cérébrales sous le nom de hernie méningée, d'en préciser enfin les principaux caractères pathogéniques, anatomiques et cliniques, sous un nom qui les résumait tous :

« La méningite séreuse circonscrite extra-cranienne. »

Vu,
le Président de thèse,

CLAUDE

Vu, le Doyen
H. ROGER

Vu et permis d'imprimer
le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

APPELL



BIBLIOGRAPHIE

- ALEXANDER. — Traitement de l'épilepsie, Edimbourg, 1889.
- Traitement de l'épilepsie. *Lancet*, 30 septembre 1911.
- AXHAUSEN. — Zur Kenntnis der meningitis serösa acuta. *Wiener klin. Wochensh.*, 8 juin 1909.
- BOENNINGHAUS. — La méningite séreuse aiguë, Wiesbaden, 1897.
- Lehrbruch der Ohrenheilkunde, Breslau, 1908.
- CLAUDE (H.). — Sur un cas de méningite séreuse kystique de la corticalité cérébrale d'origine tuberculeuse. *Paris médical*, 1911, p. 363.
- La méningite séreuse enkystée de la corticalité cérébrale. *Paris médical*, 1911, p. 391.
- Congrès de la société allemande de Chirurgie, XLI, 1912.
- EMERSON. — A case of serous meningitis mistaken for brain abscess; operation, recovery, *Laryngoscope*, juillet 1906.
- FINKELSTEIN. — Sur un cas d'arachnitis adhésive circonscrite au niveau de la base du cerveau, guérie par intervention chirurgicale.
- FRAZIER. — Tumors of cerebellum, New-York, 1905, n° VI, p. 115.
- GIRARD. — Traitement opératoire de la méningite séreuse infectieuse aiguë, 1910.
- GACHET. — De la réduction des hernies cérébrales par la compression élastique continue. *Arch. de méd. et pharm. navale*, Paris, 1918, p. 308-314.
- HENLE. — Nervenlehre.
- HENSCHEN. — Diagnostic et opération des hémorragies sous-durémériennes. *Arch. f. kin. chir.*, 1912, p. 67.
- JABOULAY. — Ablation du ganglion de Gasser. *Lyon médical*, 8 oct. 1911.

- Chirurgie des centres nerveux, des viscères et des membres, 1902. *Clinique chirurgicale*, 1904.
- LECÈNE ET BOURGEOIS. — Un cas de méningite séreuse d'origine otitique.
- Trépanation bilatérale. Guérison. *Rev. de chir.*, janvier 1902.
- MACEWEN. — *British med. journal*, 11 août 1888. *Lancet*, 23 mai 1885.
- MENDEL ET ADLER. — Zur Kenntniss der meningitis serosa spinalis, Berlin. *Klin. Woch.*, 3 août 1908.
- PÉCHUDE. — De la trépanation dans les épilepsies non traumatiques. *Thèse Lyon*, 1888.
- PITTERLEIN. — Méningite séreuse circonscrite. *Deutsch. med. Woch.*, 1910, n° 40, 1772.
- PEACRECK ET KRAUSE. — Arachnitis cérébrale adhésive, Soc. méd., Berlin, 10 janvier 1907.
- RAYMOND ET CLAUDE. — La méningite séreuse circonscrite de la corticalité cérébrale. *Semaine médicale*, 1909, p. 577.
- ROGER. — Les méningites syphilitiques. *Paris médical*, 19 avril 1913.
- SPILLER. — Circumscribed serous, spinal meningitis. *Amer. journ. of the med. sc.*, janvier 1909.
- THOMAS (P.). — Essai sur les altérations du cortex dans les méningites aiguës. *Thèse de Lyon*, 1902.
- WEIL. — Précis de médecine infantile.
- WENDEL. — Uber meningitis serosa circumscripta cerebialis. *Ach. f. chir.*, 1912.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

THE NEW YORK PUBLIC LIBRARY

ASTEN LENOX TILDEN FOUNDATION

500 N. 5TH ST. PHILADELPHIA

THE NEW YORK PUBLIC LIBRARY

ASTEN LENOX TILDEN FOUNDATION

THE NEW YORK PUBLIC LIBRARY

ASTEN LENOX TILDEN FOUNDATION